

Demande d'adhésion ou de modifications

Les avocats et notaires de l'État québécois

Je désire : ☐ adhérer à l'assurance collective
☐ modifier mon assurance collective

Section A. Identification de l'employeur – Veuillez écrire en lettres majuscules.

Nom de l'employeur	N° de contrat Q2506	N° de compte
--------------------	-------------------------------	--------------

Section B. Identification de la personne adhérente

Nom			Prénom			N° de certificat			
Adresse – N°, rue, app.						Ville		Province	Code postal
Sexe ☐ M ☐ F	Date de naissance AAAA MM JJ		Langue ☐ Français ☐ Anglais		Adresse de courriel ¹			N° d'employé	
Nbre d'heures par semaine		Traitement annuel		Date d'entrée en service AAAA MM JJ		Date d'admissibilité AAAA MM JJ			

1. Veuillez fournir cette information seulement si vous autorisez Desjardins Assurances à communiquer avec vous par courriel.

Section C. Choix de protections

RÉGIMES	PROTECTIONS DÉSIRÉES	DISPOSITIONS CONTRACTUELLES
Régime d'assurance maladie et soins dentaires	Choix de module ☐ Or ☐ Argent ☐ Bronze ☐ Individuelle ☐ Monoparentale ☐ Familiale ☐ Exemption	La durée minimale de participation à ce régime est de 36 mois avant qu'une diminution de protection soit permise. L'adhésion à ce régime est obligatoire. Cependant, vous avez le droit de vous exempter si vous êtes protégé par une assurance similaire. Veuillez remplir le formulaire « Demande d'exemption ou demande de participation suite à une fin d'exemption » (n° 02757). Le régime d'assurance soins dentaires est uniquement disponible si vous avez sélectionné le module Or pour le régime d'assurance maladie.
Régime d'assurance vie de base incluant l'assurance décès et mutilation accidentelle	Garantie obligatoire	La participation à ce régime est obligatoire.
Régime d'assurance vie de base des personnes à charge	Je désire adhérer : ☐ Oui ☐ Non	Vous pouvez adhérer à ce régime seulement si vous avez une protection monoparentale ou familiale d'assurance maladie.
Régime d'assurance traitement	Garantie obligatoire	La participation à ce régime est obligatoire, sous réserve du droit de renonciation détaillé au contrat.
Régime facultatif d'assurance vie*	Assurance vie additionnelle ☐ Personne adhérente _____ Nbre de tranches Minimum : 1 tranche = 0,5 fois le traitement annuel Maximum : 12 tranches ou 1 000 000 \$ ☐ Conjoint(e) _____ Nbre de tranches de 10 000 \$ (maximum 20 tranches) ☐ Chaque enfant _____ Nbre de tranches de 10 000 \$ (maximum 5 tranches) Assurance maladies graves facultative ☐ Personne adhérente _____ Nbre de tranches de 10 000 \$ (maximum 25 tranches) ☐ Conjoint(e) _____ Nbre de tranches de 10 000 \$ (maximum 25 tranches)	Pour toutes les assurances facultatives, vous devez obligatoirement remplir le rapport d'assurabilité (n° 20009**). Si votre régime le permet, vous pouvez bénéficier de la prime pour non-fumeur en avisant l'assureur que vous ou votre conjointe ou conjoint avez cessé de faire usage du tabac depuis 12 mois ou plus.

* Pour les résidents du Québec seulement : La loi prévoit un délai de 10 jours pour annuler une garantie facultative. Pour connaître les conditions, consulter le formulaire « Avis de résolution » (n° 19210F) au desjardins.com/adherent.

** Le rapport d'assurabilité doit parvenir à l'assureur dans les quarante-cinq (45) jours suivant votre demande. Après ce délai, votre demande sera automatiquement annulée et vous devrez en envoyer une nouvelle.

Section D. Modifications – Cochez de nouveau tous les régimes et toutes les protections désirés à la section C.☐ Je désire modifier les garanties de mon assurance collective

Date d'effet de l'événement

Date prévue du retour

Raison : _____

AAAA

MM

JJ

AAAA

MM

JJ

Section E. Désignation des bénéficiaires pour les régimes d'assurance vie**Bénéficiaire révocable :** La désignation du bénéficiaire ou du bénéficiaire subsidiaire peut être changée sans son consentement.**Bénéficiaire irrévocable :** La désignation du bénéficiaire ou du bénéficiaire subsidiaire NE PEUT être changée sans son consentement.
La désignation IRRÉVOCABLE d'une personne mineure ne peut être changée avant sa majorité.**PROVINCE DE QUÉBEC**

- La désignation du conjoint légalement marié ou uni civilement à titre de bénéficiaire ou de bénéficiaire subsidiaire est IRRÉVOCABLE à moins que vous ne cochiez la case « Désignation révocable » suivante :

➤ ☐ **Désignation révocable – Je peux modifier cette désignation à tout moment.**

- La désignation de toute autre personne à titre de bénéficiaire ou de bénéficiaire subsidiaire est RÉVOCABLE. Si vous désirez rendre leurs désignations irrévocables, utiliser le formulaire « Demande de désignation ou de changement de bénéficiaires, de bénéficiaires subsidiaires ou de fiduciaire » (n°20007).

TOUTES LES AUTRES PROVINCES

- La désignation de tous les bénéficiaires et de tous les bénéficiaires subsidiaires est RÉVOCABLE. Si vous désirez rendre certaines désignations irrévocables, utiliser le formulaire « Demande de désignation ou de changement de bénéficiaires, de bénéficiaires subsidiaires ou de fiduciaire » (n°20007).

➤ **BÉNÉFICIAIRES**

	Nom et prénom	Lien avec la personne adhérente			%
1		☐ Conjoint de fait ☐ Ami	☐ Marié ☐ Parent	☐ Enfant ☐ Autre :	
2		☐ Conjoint de fait ☐ Ami	☐ Marié ☐ Parent	☐ Enfant ☐ Autre :	
3		☐ Conjoint de fait ☐ Ami	☐ Marié ☐ Parent	☐ Enfant ☐ Autre :	
4		☐ Conjoint de fait ☐ Ami	☐ Marié ☐ Parent	☐ Enfant ☐ Autre :	

➤ **BÉNÉFICIAIRES SUBSIDIAIRES :** Personnes désignées pour recevoir le montant assuré si les bénéficiaires désignés en premier lieu sont décédés au moment où il devient payable.

	Nom et prénom	Lien avec la personne adhérente			%
1		☐ Conjoint de fait ☐ Ami	☐ Marié ☐ Parent	☐ Enfant ☐ Autre :	
2		☐ Conjoint de fait ☐ Ami	☐ Marié ☐ Parent	☐ Enfant ☐ Autre :	

Section F. Désignation d'un fiduciaire – Ne s'applique pas au Québec : les dispositions du Code civil s'appliquent et vous NE DEVEZ PAS remplir cette section.Pour toutes les provinces à l'exception du Québec : remplir cette section **uniquement** si vous avez désigné un bénéficiaire mineur.

Le fiduciaire désigné recevra pour le bénéficiaire mineur, tout montant au titre du régime établi par Desjardins Assurances. La réception de tels montants par le fiduciaire constitue une quittance pour Desjardins Assurances. Une désignation est valide jusqu'à la désignation d'un nouveau fiduciaire ou jusqu'au moment où le bénéficiaire aura atteint l'âge de la majorité, selon le premier de ces événements.

Nom et prénom du fiduciaire _____

Section G. Gestion des renseignements personnels

Pour vous servir au quotidien et pour respecter nos obligations légales, nous devons recueillir, utiliser et partager des renseignements personnels à votre sujet. Pour plus de détails, consultez la Politique de confidentialité du Mouvement Desjardins au www.desjardins.com/politique-confidentialite. Des consentements spécifiques pour assurer la réalisation et la continuité du service chez Desjardins Assurances peuvent vous être demandés. Ces démarches seront entreprises dans le respect de la Politique de confidentialité du Mouvement Desjardins. Desjardins Assurances traite de façon confidentielle les renseignements personnels qu'elle possède sur vous. Vos renseignements ne sont consultés que par les employés qui doivent y accéder pour exécuter leurs tâches. Vous avez le droit d'examiner les renseignements personnels que nous détenons à votre sujet et de demander la correction de tout renseignement incomplet, ambigu ou non pertinent. Pour connaître comment soumettre une telle demande, consultez notre Politique de confidentialité. Desjardins Assurances peut utiliser la liste de ses clients afin d'offrir à ces derniers un produit d'assurance à la suite de la cessation de leur assurance collective.

Section H. Déclaration et autorisation à la collecte, à l'utilisation et à la communication de renseignements personnels

Je déclare que les renseignements fournis dans cette demande d'adhésion sont complets et véridiques. Je reconnais que toutes les garanties offertes dans le contrat sont assujetties aux clauses de limitation ou de réduction, ainsi qu'aux exclusions qu'il contient. Je reconnais avoir pris connaissance de tous les renseignements indiqués dans le présent formulaire et en avoir reçu une copie. En cas de décès, j'autorise expressément mon ou mes bénéficiaires, héritiers ou liquidateurs de ma succession, à fournir à Desjardins Assurances ou ses réassureurs tous les renseignements ou autorisations jugés nécessaires pour l'étude de la demande de prestations et l'obtention de pièces justificatives. L'autorisation vaut également pour mes enfants mineurs dans la mesure où ils sont visés par la demande. J'autorise Desjardins Assurances, ses mandataires et ses fournisseurs à recueillir, à utiliser mes renseignements et ceux de mon conjoint ou de mes personnes à charge et à les communiquer à des personnes ou organismes (pharmacies, professionnels de la santé, institutions, agences d'enquête et assureurs) à des fins de tarification, de gestion optimale de la santé (outils d'aide aux réclamations, documentation informative sur la santé, etc.), de vérification et de règlement des prestations. Afin d'atteindre les fins identifiées ci-dessus et pour vous offrir un accompagnement qui répond à vos besoins, vos renseignements pourraient être utilisés, sur une base dépersonnalisée, pour des analyses, des statistiques et l'élaboration de modèles prédictifs. J'autorise mon employeur à déduire les cotisations requises de mon traitement. Une photocopie du présent consentement a la même valeur que l'original.

Je comprends et j'accepte que ce consentement ait préséance sur tout autre consentement signé par le passé. Ce consentement demeure en vigueur tant et aussi longtemps que j'aurai une relation d'affaires avec une composante du Mouvement Desjardins.

En signant ce formulaire, j'autorise Desjardins Assurances à collecter, à utiliser et à partager mes renseignements personnels conformément à la réglementation applicable et à la Politique de confidentialité du Mouvement Desjardins qui m'a été présentée avant de signer ce consentement.

➤ **Signature de la personne adhérente** _____ **Signature du responsable chez l'employeur** _____ **Date** _____**N° de téléphone :** Résidence _____ Travail _____ Poste _____**RETOURNEZ UNE COPIE À VOTRE EMPLOYEUR ET CONSERVEZ L'ORIGINAL POUR VOS DOSSIERS.**